



TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Pediatria

Cefaleia na Adolescência

Filipa Henriques Seixas

Maio'2018



TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Pediatria

Cefaleia na Adolescência

Filipa Henriques Seixas

Orientado por:

Dra. Cristina Camilo

Maio'2018

Resumo

A cefaleia é um sintoma comum na adolescência, podendo ser uma manifestação secundária de patologia grave que exija intervenção imediata, bem como uma manifestação primária de patologia não orgânica como a enxaqueca. O objectivo do estudo foi caracterizar a cefaleia numa população de adolescentes que recorre ao serviço de urgência, quanto à sua distribuição por sexo, idade, diagnóstico, terapêutica e referenciação para ambulatório.

Foi realizado um estudo prospetivo num período de 3 meses, dos adolescentes que recorreram ao serviço de urgência pediátrica do Hospital Santa Maria – CHLN por cefaleia.

A cefaleia representou 1,4 % das admissões (15 casos em 1076 admissões). O diagnóstico mais comum foi a enxaqueca com uma representação de 8 casos, seguido de cefaleia secundária a infeção respiratória alta, em 2 casos. Houve um caso secundário a tumor cerebral. A terapêutica foi predominantemente sintomática, tendo sido prescrito paracetamol e ibuprofeno a 9 e 8 doentes, respectivamente. Em 10 dos casos houve alta para o exterior sem referenciação ao médico assistente ou a consulta especializada.

Concluiu-se que as cefaleias representaram um motivo pouco significativo de recurso ao serviço de urgência na adolescência, sendo a causa mais frequente a cefaleia primária. A caracterização da cefaleia quanto à localização espacial e enquadramento temporal foi pouco explorada pelos profissionais de saúde, mas a anamnese e o exame objetivo tiveram uma boa sensibilidade para o diagnóstico etiológico da cefaleia. Em uma minoria de casos houve necessidade de exames complementares de diagnóstico.

Põe-se em evidência a necessidade de codificar a cefaleia como sintoma principal na ida à urgência, para identificação dos doentes com cefaleia primária ou secundária e respectiva orientação.

Abstract

Headache is a common symptom in adolescence and can be a secondary manifestation of a severe pathology that requires immediate intervention, as well as a primary manifestation of non-organic pathology, such as migraine. The aim of this study was to characterize the headache in a population of adolescents in a Paediatric Emergency Department, by sex, age, diagnosis, medical prescription and outpatient referral.

For this purpose a prospective study was carried through during a 3 months period at the Paediatric Emergency Department of the Hospital Saint Maria – CHLN.

Headache represented 1,4 % of total admissions. The most common diagnosis was migraine (8 cases), followed by headache secondary to upper respiratory infection in 2 cases. In another case a cerebral tumour was identified. The prescribed therapy was mostly symptomatic, with paracetamol and ibuprofen in 9 and 8 patients, respectively. In 10 cases there was medical discharged without any following plan orientation.

One concluded that headaches in adolescents was not a significant admission motive in this study period, and the most frequent cause was primary headache.

The headache characterization, concerning its spatial location and timeframe, was not consistently explored. Anamnesis and a complete patient examination had a good sensibility for a correct diagnosis. Complementary diagnostic exams were needed only in a few cases.

This study reinforce that in adolescents headache can be the main admission symptom, and it is important to identify patients with primary or secondary headache and establish a follow-up plan.

Palavras chave

Cefaleia, adolescência, urgência, estudo, referência.

Headache, adolescence, emergency room, study, referral.

“Trabalho final exprime a opinião do autor e não da FML.”

Índice

• Resumo	Pág. 2
• Abstract	Pág. 3
• Siglas e abreviaturas	Pág. 5
• Introdução	Pág. 6
• Justificação do Trabalho	Pág. 7
• Materiais e Métodos	Pág. 7
• Resultados	Pág. 8
• Discussão	Pág. 13
• Conclusão	Pág. 18
• Agradecimentos	Pág. 19
• Bibliografia	Pág. 20

Siglas e abreviaturas

- AINE – Anti-inflamatório não esteróide
- BBC – Bloqueadores dos canais de cálcio
- CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte
- CTT – Cefaleia tipo tensão
- DGS – Direção Geral de Saúde
- EO – Exame objectivo
- HSM – Hospital Santa Maria
- IASP – International Association for the Study of Pain
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PL – Punção lombar
- TC- CE Tomografia computadorizada Craniencefálica

Introdução

A cefaleia é um sintoma comum na população em geral e na população pediátrica em particular. A sua incidência é significativa durante a infância e ganha ainda mais importância na adolescência (período compreendido entre os 10 e os 19 anos).

É um sintoma que pode ser muitas vezes desvalorizado no contexto clínico do adolescente, mas gera preocupação e procura de cuidados especializados pelos responsáveis/educadores do adolescente. Assim sendo, é um motivo frequente nas deslocações aos serviços de urgência Pediátrica. (1) (Alves et al, 2011)

O primeiro estudo epidemiológico a ser realizado neste contexto de cefaleia foi o de Bille (4), em que se observou uma amostra de 9000 crianças, inferindo sobre a incidência de pelo menos 1 episódio de cefaleia até aos 15 anos, concluindo que 40% teria pelo menos um episódio aos 7 anos e 75% aos 15 anos.

A cefaleia pode ser de causa primária como enxaqueca, cefaleia de tensão e em salva. (11) (Lewis et al., 2005; Lewis, 2007), mas pode ter uma causa secundária como traumatismo, alterações vasculares, infecciosa, privação ou administração de substâncias, perturbação psiquiátrica ou cefaleia secundária a perturbação do crânio, pescoço, olhos, ouvidos, nariz, seios peri-nasais, dentes, boca ou outras estruturas cranianas ou faciais. (15) (ICHD- 3ª edição, 2017)

Como tal, quando um doente recorre ao serviço de urgência é importante caracterizar o sintoma e enquadrá-lo na história clínica, com antecedentes pessoais, familiares, medicação habitual e hábitos bem como, realizar um exame objectivo cuidadoso, sendo que geralmente não há alterações significativas, dado que a maioria das cefaleias nesta faixa etária é benigna e limitada. (3) (Arruda & Guidetti, 2007)

Os exames complementares de diagnóstico não estão por norma indicados em contexto de urgência, podendo ser considerados na suspeita de alteração orgânica subjacente.

Justificação do trabalho

A cefaleia no adolescente deve ser reconhecida, valorizada e caracterizada.

Este estudo tem como objectivos:

- 1) Conhecer a percentagem de doentes que recorre ao serviço de urgência por cefaleia e a sua distribuição por sexo e idade dentro da adolescência.
- 2) Caracterizar estes doentes em subgrupos de cefaleia primária e secundária.
- 3) Avaliar a utilização de exames complementares de diagnóstico e tratamento da cefaleia.
- 4) Caracterizar o seguimento dado aos doentes em contexto de urgência e ambulatório.

Material e métodos

Realizou-se um estudo observacional prospetivo na Urgência de Pediatria do Hospital Santa Maria, no período compreendido entre 1 de Novembro de 2017 e 31 de Janeiro de 2018, tendo como população alvo os doentes que recorreram aquela unidade por cefaleia, entre os 10 e os 17 anos e 364 dias.

A identificação do doente foi feita no momento da triagem, ou seja, a equipa de enfermagem assinalou o adolescente em que o motivo principal de ida à urgência foi a cefaleia, referenciando-o para o estudo.

Pelo número de admissão consultou-se o respectivo episódio de urgência no ALERT[®], programa que permite registar informaticamente o evento clínico de cada utente.

Para cada adolescente procurou-se, além do episódio de urgência, o seguimento em consultas externas e internamentos subsequentes ao evento incluído no estudo, com recurso ao programa informático Glinnt HS[®].

As variáveis analisadas no estudo incluíram: 1) sexo, 2) idade, 3) classificação da cefaleia (considerou-se cefaleia primária - enxaqueca, cefaleia de tensão e em salva, e cefaleia secundária - trauma, infeções do SNC, infeções respiratórias, gastrointestinais e outras condições sistémicas, bem como alterações orgânicas que promovam hipertensão intracraniana.), 4) localização, 5) antecedentes pessoais, 6) antecedentes familiares, 7) alterações ao exame objetivo, 8) utilização de exames complementares de diagnóstico (a. Imagem, b. outros), 9) terapêutica e 10) encaminhamento após o episódio de

urgência. Face à não existência de um protocolo definido de organização da recolha da informação clínica, os dados foram inferidos através dos registos clínicos do sistema ALERT®.

Foi atribuído um número seriado ao episódio de urgência, com uma correspondência ao número do processo apenas conhecida pelo investigador principal e colaboradores, de forma a manter o anonimato e confidencialidade de dados.

Os dados foram integrados numa base de dados em Excel 10. do Windows®, procedeu-se à sua análise tendo em conta as variáveis estipuladas, valor absoluto de casos e as suas frequências absoluta e relativa.

Resultados

No período compreendido entre 1 de Novembro de 2017 e 31 de Janeiro de 2018 no serviço de urgência do hospital Santa Maria, foram admitidos 15 adolescentes em que o motivo de ida à urgência foi a cefaleia, representando 1,4% de todos os episódios de urgência neste grupo etário (total de 1076 admissões).

Recorreram 9 doentes do sexo feminino e 6 doentes do sexo masculino. De entre o sexo feminino 6 apresentaram uma cefaleia primária e 3 uma cefaleia secundária, no sexo masculino 4 foram diagnosticados com cefaleia primária e 2 com cefaleia secundária.

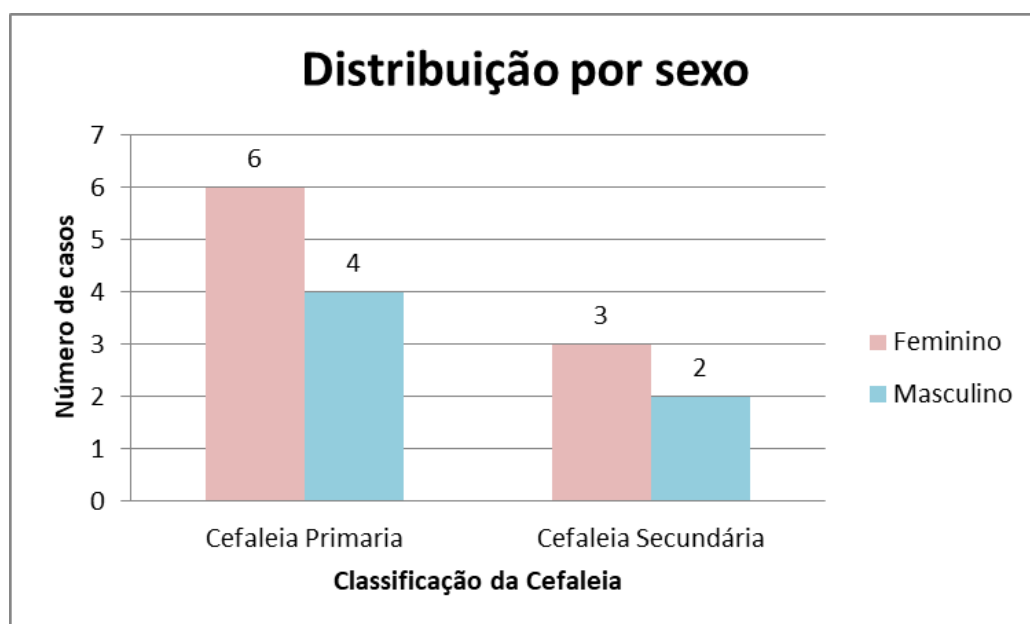


Figura 1 – Distribuição do tipo de cefaleia por sexo.

No que refere às idades 7 tinham 17 anos, 1 de 16 anos, 3 de 15 anos, 1 de 14 anos e 3 de 12 anos. Nas restantes idades não houve registo de doentes. Assim aos 14, 15, 16 e 17 anos verifica-se maior incidência de cefaleia primária, enquanto aos 12 anos de cefaleia secundária.

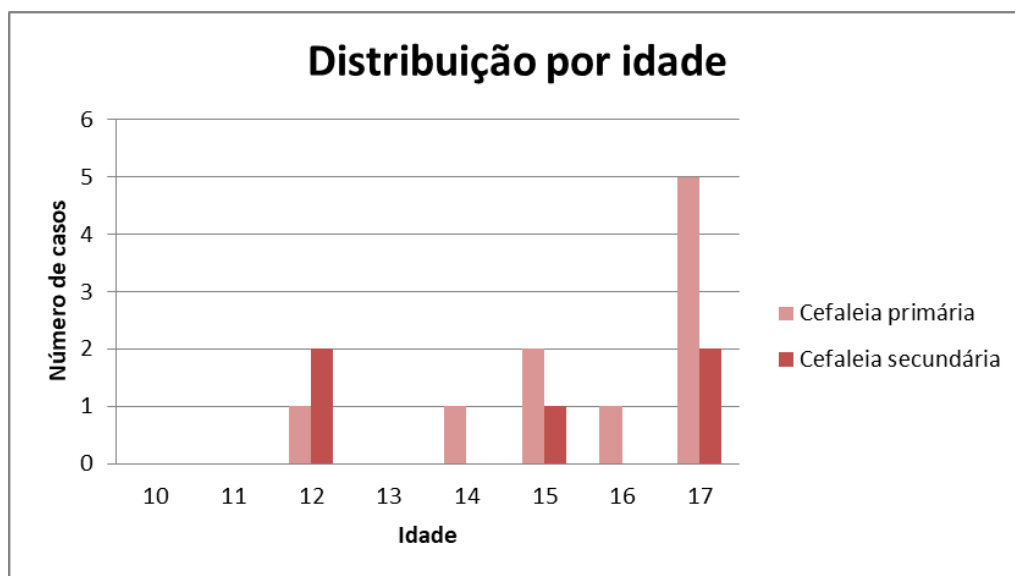


Figura 2 – Distribuição da cefaleia por idade.

Relativamente ao diagnóstico registaram-se 10 casos de cefaleias primárias e 5 casos de cefaleia secundária. (Quadro 1). A cefaleia primária apresenta uma maior incidência de enxaqueca ($n = 8$) enquanto a cefaleia secundária deveu-se essencialmente a infeção respiratória alta ($n = 2$). Observou-se 1 cefaleia secundária a tumor (Ependimoma grau II), 1 por sinusite e 1 secundária a gastroenterite aguda.

Dos doentes classificados no serviço de urgência com enxaqueca em 2 havia antecedentes familiares de primeiro grau com cefaleia primária e outros 2 tinham antecedentes pessoais de episódios de urgência recorrentes por cefaleia. Nos restantes os antecedentes pessoais e familiares foram irrelevantes.

Quadro 1 – Etiologia das cefaleias no serviço de urgência pediátrica.

Diagnóstico	<i>N =15</i>
Enxaqueca	8
Não especificada	2
Infeção Respiratória Alta	2
Tumor Cerebral	1
Gastroenterite Aguda	1
Sinusite	1

Quanto à qualidade da cefaleia registaram-se 3 cefaleias frontais, 2 cefaleias temporais e 1 em que o doente a referia como holocraniana. As restantes foram inclassificáveis pelo doente. Dois identificaram a cefaleia como pulsátil.

Os principais sintomas acompanhantes foram a fotofobia, encontrada em 5 doentes, os quais com diagnóstico de enxaqueca. Seguidamente, encontraram-se náuseas em 2 doentes, também na enxaqueca. Os doentes com infeção respiratória alta apresentaram odinofagia (n=2). Outros sintomas não específicos encontrados foram dor abdominal (n =2), lipotimia (n =1) e toracalgia (n = 1). Dois doentes não apresentaram outros sintomas além da cefaleia.

Quadro 2 – Sintomas acompanhantes.

Sintomas acompanhantes	Número
Odinofagia	2
Fotofobia	5
Dor abdominal	2
Lipotimia	1
Toracalgia	1
Náuseas	2
Nenhum	2

Não se registaram alterações significativas ao exame objectivo, nomeadamente alterações ao exame neurológico como nistagmo, diminuição de força periférica, edema da papila, alterações da marcha ou outros sinais de patologia orgânica neurológica.

Objetivou-se apenas hiperémia da orofaringe nos casos de odinofagia e infecção respiratória.

Nesta amostra 3 doentes apresentavam sintomatologia acompanhante o que motivou a realização de exames complementares de diagnóstico nomeadamente:

Dos doentes com cefaleia dois apresentaram outra sintomatologia acompanhante que motivou a realização de tomografia computadorizada cranioencefálica (TC CE), dos quais advieram os diagnósticos de sinusite e ependimoma.

Realizaram uma radiografia do tórax e electrocardiograma ao doente que apresentou cefaleia e toracalgia, mas sem alterações. No diagnóstico de gastroenterite aguda foi realizada avaliação analítica com hemograma, ionograma e proteína C reactiva (PCR).

Quadro 3 – Recurso a exames complementares de diagnóstico.

Exames complementares de diagnóstico	Cefaleia Primária	Cefaleia Secundária
	Número	Número
TC- CE	0	2
Raio-X Tórax	1	0
ECG	1	0
Hemograma+PCR+ionograma	0	1

Neste estudo a terapêutica sintomática foi a mais utilizada, em 9 doentes foi prescrito paracetamol, em 8 anti-inflamatórios não esteróides (Ibuprofeno e Naproxeno), em 2 metamizol magnésico.

Esporadicamente foi utilizado ondansetron e diazepam, por cefaleia secundária e antibioticoterapia, no doente cujo diagnóstico foi sinusite.

Quadro 4 – Terapêutica instituída.

Terapêutica	Cefaleia Primária	Cefaleia secundária	N
Paracetamol	7	2	9
AINEs (Ibuprofeno/Naproxeno)	5	3	8
Metamizol magnésico	2	0	2
Diazepam	1	0	1
Ondansetron	1	0	1
Amoxicilina+ácido Clavulânico	0	1	1

Relativamente ao encaminhamento dos adolescentes com cefaleia em 10 casos houve alta sem referência ao exterior, em 2 alta com referência à consulta de neuropediatria do Hospital Santa Maria e 1 doente teve referência à consulta do Adolescente. Não se registou nenhum internamento dos doentes incluídos no estudo. Dois doentes já tinham um seguimento nas consultas de Neuropediatria por cefaleia primária e por fim houve referência de 1 doente para outra especialidade, neurocirurgia.

Dos doentes encaminhados pela primeira vez a uma consulta intra-hospitalar por cefaleia, 1 já tinha, à presente data, agendamento da mesma.

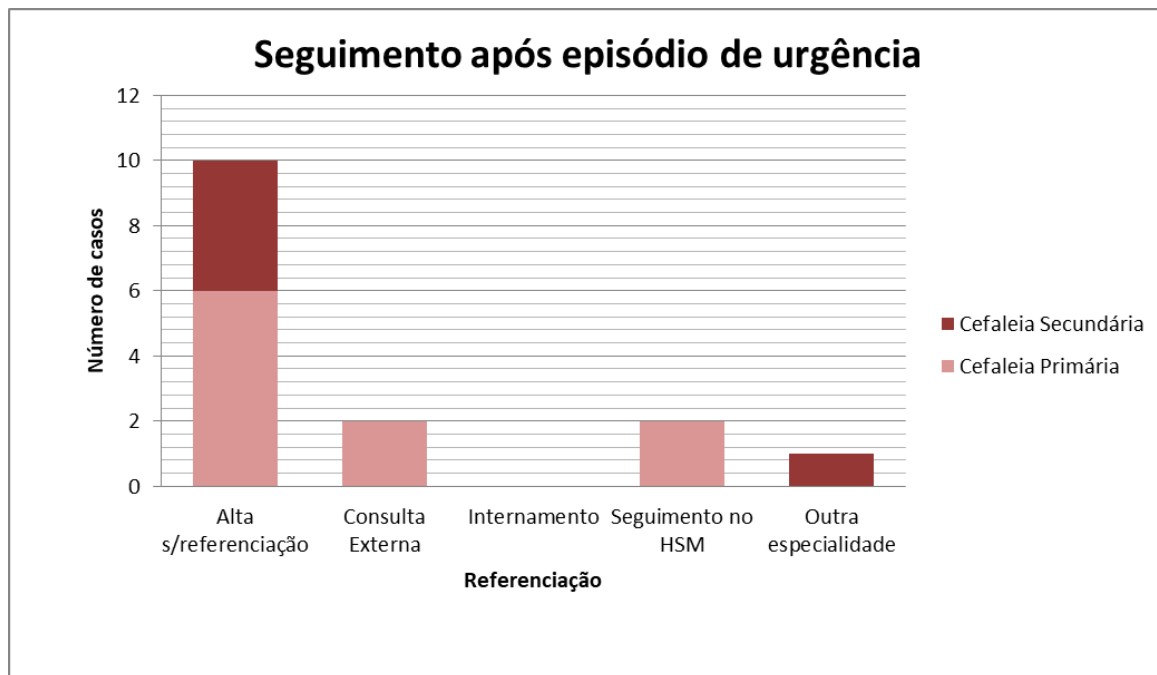


Figura 3 – Seguimento do doente após episódio de urgência.

Discussão

Segundo a literatura disponível define-se como cefaleia primária aquela que está presente sem alterações orgânicas subjacentes, sendo classificada em enxaqueca, cefaleia de tensão e em salvas. Destas a mais frequente é a enxaqueca e associa-se mais ao período da adolescência. É caracterizada como uma cefaleia frontal, bitemporal ou unilateral, de intensidade moderada a severa e com duração de 1 a 72 horas. Agrava geralmente com a actividade e pode ter como sintomas acompanhantes náuseas, vômitos, palidez, fotofobia e fonofobia. (2) (Aquino & Fortes, 2009).

A enxaqueca pode ser precedida por um período prodrómico, definido com aura. A aura é um episódio que ocorre 15 a 30 minutos antes do aparecimento da cefaleia composto por sensações visuais (flashes, linhas ou luzes cintilantes), sudorese e vômitos. (15) (ICHD 3º edição, 2017)

Normalmente não há alterações ao exame objectivo.

A cefaleia secundária é toda a cefaleia resultante de alterações orgânicas estruturais ou infecciosas.

Pode classificar-se como secundária a traumatismo, alterações vasculares, infecciosa, privação ou administração de substâncias, perturbação psiquiátrica ou cefaleia secundária a perturbação do crânio, pescoço, olhos, ouvidos, nariz, seios peri-nasais, dentes, boca ou outras estruturas cranianas ou faciais. (15) (ICHD- 3 edição, 2017)

Exacerba geralmente com manobra de valsava e tosse. Pode acompanhar-se de sintomas como febre, lipotímia/síncope, vômitos em jato, otalgia, odinofagia dor abdominal, entre outras.

Associa-se a alterações ao exame objectivo como edema da papila, nistagmo, alterações da marcha, força muscular e reflexos osteotendinosos. Quando são detectadas estas alterações, é necessário realizar exames complementares de diagnóstico, nomeadamente exames de imagem como tomografia computadorizada ou ressonância magnética cranioencefálica, e outros como punção lombar e avaliação analítica de parâmetros inflamatórios e metabólicos. (11) (Lewis, D.W., Gozzo, Y.F., Avner, M.T.2005).

Para estabelecer um diagnóstico e tratamento é importante avaliar a gravidade da cefaleia, frequência e afecção das actividades da vida diária.

Muitos adolescentes têm um diagnóstico após colheita de história clínica e exame objectivo, não necessitando de exames de imagem. No entanto na suspeita de patologia orgânica deve realizar-se exame de imagem. (3) (Arruda, M. 2015).

A terapêutica sintomática é importante nas duas classes de cefaleia, no entanto, na cefaleia secundária é fundamental tratar a patologia de base, enquanto na cefaleia primária se resume à prevenção de recorrência e terapêutica sintomática no episódio agudo.

Os analgésicos como o paracetamol e anti-inflamatórios (AINE como ibuprofeno e naproxeno pe.) são efectivos para a terapêutica do episódio agudo de cefaleia. Podem administrar-se também antieméticos e deve ser feito reforço da hidratação oral, como medidas de conforto.

Na terapêutica de prevenção da enxaqueca estão disponíveis várias classes farmacológicas, como antidepressivos tricíclicos (amitriptilina e nortriptilina), anticonvulsivantes (topiramato e valproato de sódio), antihistaminicos (ciproheptadina),

beta-bloqueantes (propranolol) e bloqueadores de canais de cálcio (verapamil). (17) (Pakalnis, 2007).

Além da terapêutica farmacológica é também fundamental a terapêutica não farmacológica como higienização do sono, exercício e eliminação de estimulantes como comida copiosa, stress e desidratação. (20) (IASP, 2011)

O presente estudo regista um predomínio de cefaleia primária, 10 casos em 15 doentes admitidos, sendo 8 classificados como enxaqueca. Um estudo de Alves et al, 2011, (1) realizado em Portugal numa população de idade inferior a 15 anos, mostrou que a cefaleia secundária teve maior incidência, com 126 doentes numa amostra de 179 (70.4%) representando a infecção respiratória 104 doentes (46.8%) a causa mais frequente. A segunda causa mais frequente foi a enxaqueca, diagnosticada em 29 doentes (16.2%), seguida das cefaleias inclassificáveis, em 24 doentes (13.4%).

Estas discrepâncias podem dever-se à faixa etária seleccionada para cada amostra, uma vez que neste estudo seleccionámos pacientes entre os 10 anos e os 17 anos e 364 dias de idade, diferente da amostra do estudo Alves et al, 2011 (1), que incluiu doentes com idade inferior a 15 anos. Pode também ocorrer por um abranger um hospital distrital, enquanto o actual abrange um hospital central.

No entanto, nas cefaleias secundárias, as infecções respiratórias representam, igualmente uma causa importante.

Relativamente à distribuição por sexo, houve um predomínio de cefaleia no sexo feminino, 9 numa amostra de 15 doentes, tanto primária como secundária, o que vai de encontro ao estudo Português “Cefaleia na criança. Avaliação clínica.” De Fernando Chaves (1998) (6) e à afirmação que a prevalência de cefaleia é maior nos rapazes antes da puberdade e nas raparigas depois da puberdade (5) (Carrilho, I. 2017)

A requisição de exames complementares de diagnóstico, nomeadamente exames de imagem, TC- CE, foi feita em dois doentes com cefaleia secundária, o que se encontra dentro dos valores esperados, extrapolando para a literatura, no entanto a amostra não é estatisticamente significativa para permitir uma generalização.

Estes exames foram realizados em contexto clínico de doentes sem alterações ao exame objectivo. Em contexto de urgência e sem sinais de alarme, como alterações ao exame

neurológico, não está recomendada a sua utilização. Excepto no caso do doente com antecedentes de tumorectomia, que cumpria critérios. Tal se verificou também no estudo de Alves et al, 2011(1) em que o recorreram à neuroimagem em 16 doentes dos 179 (8.9%).

Nos adolescentes medicados verificou-se uma preferência de paracetamol e ibuprofeno, que está de acordo com as normas de orientação clínica da Direção Geral de Saúde e da Sociedade Portuguesa de Pediatria, em contexto de urgência. Um dos doentes admitidos com diagnóstico prévio de enxaqueca, estava sob profilaxia, com anticonvulsivante, classe farmacológica recomendada para o efeito.

Quanto à cefaleia secundária foi necessário recorrer a antibioterapia, para tratamento da patologia de base.

Em nenhum registo clínico foi feita referência a medidas não farmacológicas, mas a todos os doentes foram explicados os sinais de alarme.

No que se refere ao encaminhamento dos doentes, 10 (6 cefaleia primária e 4 cefaleia secundária) tiveram alta médica sem referenciação ao médico assistente ou a uma consulta específica, 2 com diagnóstico de enxaqueca foram encaminhados para uma consulta intrahospitalar de Neuropediatria e 1 doente foi referenciado a outra especialidade, a Neurocirurgia. No estudo português que aborda o tema de referenciação, 15 doentes com enxaqueca tiveram alta para o exterior, 3 dos quais já eram acompanhados em consulta externa e 14 foram encaminhados para consultas de Neurologia Pediátrica (1) (Alves et al, 2011).

No presente estudo dos 15 doentes admitidos, 2 já eram seguidos em consulta de Neuropediatria do Hospital Santa Maria – CHLN.

Uma vez que a cefaleia primária é um sintoma importante e que interfere com as actividades da vida diária do doente, com a sua vida de relação e que gera preocupação por parte do cuidador é fundamental o acompanhamento do doente, a instituição de terapêutica de prevenção e educação dos hábitos para evitar a sua recorrência. Na cefaleia secundária é fundamental o tratamento da patologia de base. (23) (Toldo, I. et al, 2017)

Assim sendo, é de extrema importância reconhecer e valorizar este sintoma em contexto de urgência bem como a referência a cuidados de saúde primários e /ou especializados.

Por fim, referir as limitações deste estudo. Por ser um estudo prospectivo, realizados em contexto de urgência, sem participação diária dos investigadores, mas com recurso a terceiros, podem não ter sido incluídos todos os doentes que recorreram ao serviço de urgência por cefaleia.

O facto de os doentes incluídos serem apenas aqueles em que o motivo de ida à urgência era a cefaleia, ou seja, aqueles em que o sintoma de cefaleia tinha especial importância perante todos os outros sintomas, pode limitar e influenciar os resultados, pois poderão ter havido outros doentes que apresentavam cefaleia primária mas que na triagem referiram outra sintomatologia como principal motivo de vinda ao Serviço de Urgência. Houve dificuldade em caracterizar o motivo de vinda ao Serviço de Urgência em alguns dos casos, bem como na classificação e diagnóstico da cefaleia.

Outro factor importante é de o Serviço de Urgência do Hospital Santa Maria – CHLN, estar incluído num hospital central, terciário, em que alguns dos doentes que aqui recorrem já têm um viés de selecção das unidades de saúde primárias e hospitais distritais.

Embora a amostra obtida seja pequena e não representativa da população pediátrica em geral, não se podendo extrapolar os dados, espera-se, contudo, que este estudo demonstre a importância de valorização da cefaleia na adolescência. Por ser um sintoma que afeta a vida diária, um diagnóstico adequado com terapêutica dirigida a causas secundárias ou à cefaleia primária em si, pode melhorar significativamente a qualidade de vida do adolescente.

Conclusão

Apesar das cefaleias serem um sintoma comum referido na idade pediátrica, na adolescência são um motivo pouco comum de recurso ao serviço de urgência.

Em contexto de urgência, dependente da amostra, a maioria das cefaleias do adolescente é atribuída à cefaleia primária, nomeadamente enxaqueca. Conclui-se que para menores idades a probabilidade de a cefaleia advir de uma patologia secundária, como infecções respiratória é maior, com o aumento da idade dentro da adolescência a enxaqueca ganha maior importância.

No entanto, o diagnóstico de cefaleia primária é um diagnóstico de exclusão, ou seja, dada a gravidade de algumas patologias que cursam com cefaleia, como tumor e infecções de sistema nervoso central, é fundamental excluir patologia orgânica como causa de cefaleia, com uma anamnese e um exame objetivo cuidados, nomeadamente o exame neurológico, e se necessário recurso a exames complementares de diagnóstico, prevenindo a morbimortalidade que lhes são inerentes.

A instituição de terapêutica é essencialmente sintomática, no entanto urge a necessidade e importância de encaminhamento dos doentes para o médico assistente ou consulta de neuropediatria, uma vez que a recorrência do sintoma pode ser prevenida com tratamento adequado e alterações do estilo de vida.

Os principais objectivos a que o estudo se propunha, como conhecer a percentagem de doentes que recorre ao serviço de urgência por cefaleia e a sua distribuição por sexo e idade; caracterizar estes doentes em subgrupos de cefaleia primária e secundária; avaliar a utilização de exames complementares de diagnóstico e tratamento da cefaleia; caracterizar o seguimento dado aos doentes em contexto de urgência e ambulatório, foram atingidos, embora sem uma amostra representativa da população adolescente.

São necessários mais estudos portugueses sobre a cefaleia em idade pediátrica e com amostra estatisticamente significativa, para que se consiga valorizar o sintoma e inferir sobre a prevalência dos diagnósticos na generalidade.

Agradecimentos

Não posso deixar de agradecer a todos os que contribuíram para a realização deste estudo nomeadamente ao serviço de Pediatria do Hospital Santa Maria, em particular à orientadora de tese e médica da Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos Dra. Cristina Camilo e à equipa de enfermagem do serviço de urgência Pediátrica do HSM, Agradecer também à família e amigos pelo tempo disponibilizado.

Bibliografia

- 1). Alves C et al. – Cefaleias numa urgência pediátrica. *Acta Pediatrica Portuguesa* 2011;42(4):137-43
- 2). Aquino, J., Fortes, F.. Cefaleia na Adolescência. *Revista adolescência e Saúde*, volume 6, nº 3 Setembro, 2009.
- 3). Arruda, M.A. & Guidetti, V.(eds), *Cefaleias na Infância e Adolescência*, 1ª ed., Instituto Glia SP, Ribeirão Preto, 2007
- 4). Bille BS. Migraine in school children. A study of the incidence and short term prognosis, and a clinical, psychological and electroencephalographic comparison between children with migraine anmatched controls. *Acta Paediatr Suppl* 1962;136:1 151.
- 5). Carrilho, I. Cefaleia. Sociedade Portuguesa de Neuropediatria, 2017.
- 6). Chaves, F., Santos, F., Vieira J.P. Cefaleia na Criança. Avaliação Clínica. *Acta Pediatrica Portuguesa* 1998.2;29:159-62.
- 7). Direcção-Geral da Saúde. Urgências no ambulatório em idade pediátrica. Volume I – Orientações técnicas. Lisboa, Direcção Geral da Saúde, 2004.
- 8). Eidlitz-Markus, T. and Zeharia, A. Younger Age of Migraine Onset in Children Than Their Parents: A Retrospective Cohort Study. *Journal of Child Neurology*, (2017), 33(1), pp.92-97
- 9). Heinen, F. Headaches in Childhood and Adolescence. *Neuropediatrics*, (2013). 44(01), pp.001-002.

- 10). Kliegman, R., Stanton, B. and St. Geme, J. *Tratado de pediatria*. Barcelona: Elsevier. (2016).
- 11). Lewis DW. Headaches in children and adolescents. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2007; 37.
- 12). Lipton, R., Buse, D., Adams, A., Varon, S., Fanning, K. and Reed, M. (2017). Family Impact of Migraine: Development of the Impact of Migraine on Partners and Adolescent Children (IMPAC) Scale. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 57(4), pp.570-585.
- 13). Monteith, T. and Sprenger, T. Tension Type Headache in Adolescence and Childhood: Where Are WE Now). *Current Pain and Headache Reports*, 14(6). (2010). Pp 424-430
- 14). National Guideline Clearinghouse. Guideline summary: Headache – child. Disponível em: URL: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=8603&nbr=4790 [acedido em 11/09/2017].
- 15). Özge, A., Faedda, N., Abu-Arafeh, I., Gelfand, A., Goadsby, P., Cuvellier, J., Valeriani, M., Sergeev, A., Barlow, K., Uludüz, D., Yalın, O., Lipton, R., Rapoport, A. and Guidetti, V. Experts' opinion about the primary headache diagnostic criteria of the ICHD-3rd edition beta in children and adolescents. *The Journal of Headache and Pain*, (2017). 18(1).
- 16). Ozge, A., Buğdayci, R., Saşmaz, T., Kaleağasi, H., Kurt, O., Karakelle, A., Siva, A., 'The linear trend of headache prevalence and some headache features in school children', *Agri.*, Apr; 2007 19(2):20-32
- 17). Pakalnis, A., 'Current Therapies in Childhood and Adolescent Migraine', *J Child Neurol.*, Nov; 2007, 22(11):1288-92.

- 18). Rothner D, Winner P; Headache in Children and Adolescents. In: Silberstein SD, LiptonRB, Solomon S, eds. Wolff's Headache and other head pain.7th ed. Oxford: Oxford University Press; 2001; 539-561.
- 19). Russel, M.B., Levi, N.,' Tension-type headache in adolescents and adults: a population based study of 33,764 twins', Eur J Epidemiol 2006 ;21(2):153-160.
- 20). Speciali, J. International Association for the study of Pain, Ano Munidal contra a dor de cabeça. (2011).
- 21). Stone, C. and Humphries, R. *Current diagnosis & treatment emergency medicine*. New York: McGraw-Hill (2008).
- 22). T, PRisks and Comorbid Factors of Frequent Headaches during Childhood and Adolescence. *Journal of Clinical Case Studies*, (2017). 2(2).
- 23). Toldo, I., Rattin, M., Perissinotto, E., De Carlo, D., Bolzonella, B., Nosadini, M., Rossi, L., Vecchio, A., Simonati, A., Carotenuto, M., Scalas, C., Sciruicchio, V., Raieli, V., Mazzotta, G., Tozzi, E., Valeriani, M., Cianchetti, C., Balottin, U., Guidetti, V., Sartori, S. and Battistella, P. Survey on treatments for primary headaches in 13 specialized juvenile Headache Centers: The first multicenter Italian study. *European Journal of Paediatric Neurology*, 21(3), (2017). pp.507-521.
- 24). Wasiewsky,W.W.,'Preventive therapy in pediatric migraine',J Child Neurol; (2001)16:71-78.
- 25). World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision. ICD10 - 2010 Disponível em: URL: <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10> - [acedido em 11/09/2017].